FACULTE DE MEDECINE
BICHAT-BEAUJON
UNIVERSITE PARIS VII

ANNEE 1971

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques FEILLARD

Né le 13 février 1942 à TOULON (83)

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Attaché - Assistant de Physiologie à la Faculté de Médecine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

ETUDE D'UN PHENOMENE NOUVEAU EN MILIEU MAROCAIN

La conduite suicidaire : Au sujet de 324 cas recueillis

au service de Réanimation Médicale de l'Hôpital

Averroës de CASABLANCA

Président : M. J. CAMBIER, Professeur

EDITIONS MEDICALES ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTE DE MEDECINE
BICHAT-BEAUJON
UNIVERSITE PARIS VII

ANNEE 1971

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques FEILLARD

Né le 13 février 1942 à TOULON (83)

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Attaché - Assistant de Physiologie à la Faculté de Médecine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

ETUDE D'UN PHENOMENE NOUVEAU EN MILIEU MAROCAIN

La conduite suicidaire : Au sujet de 324 cas recueillis

au service de Réanimation Médicale de l'Hôpital

Averroës de CASABLANCA

Président : M. J. CAMBIER, Professeur

EDITIONS MEDICALES EM ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A ma Famille.

A mon Père.

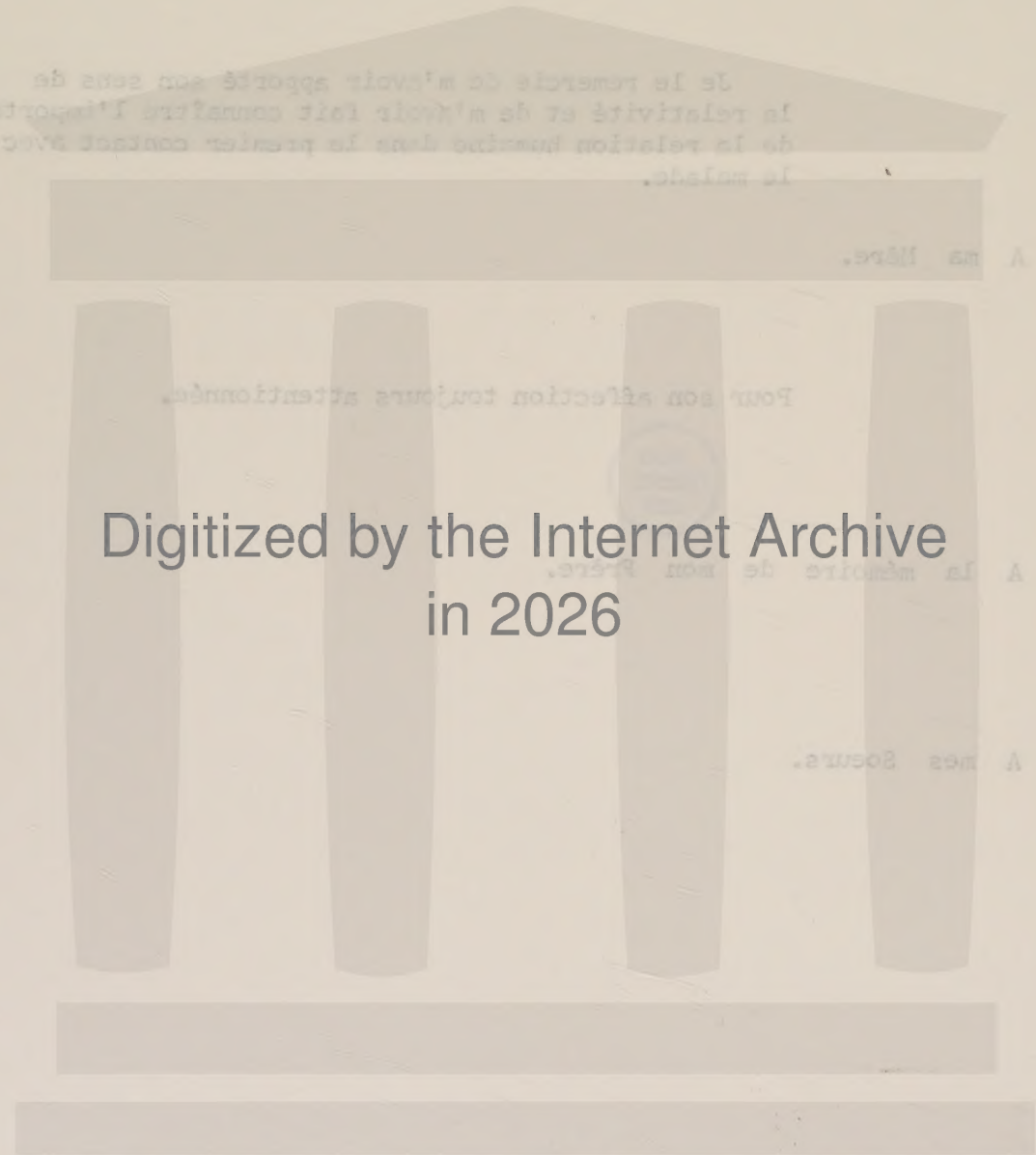
Je le remercie de m'avoir apporté son sens de la relativité et de m'avoir fait connaître l'importance de la relation humaine dans le premier contact avec le malade.

A ma Mère.

Pour son affection toujours attentionnée.

A la mémoire de mon Frère.

A mes Soeurs.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550028_0004

A mes Amis.

Ils ont su au cours de mes études me sortir
de mon travail et aménager mes divertissements.

A Monsieur le Professeur J. CAMBIER.

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici toute ma reconnaissance respectueuse.

A mes Maîtres d' Externat :

- Monsieur le Professeur Agrégé DAVID.
- Monsieur le Professeur Agrégé PERTUISET.
- Monsieur le Professeur Agrégé ABOULKER.
- Monsieur le Professeur Agrégé HIRCH.
- Monsieur le Professeur Agrégé ROUX.
- Monsieur le Professeur Agrégé KREIS.

- Monsieur le Docteur MEYER-HEINE.

- Monsieur le Professeur Agrégé MAHOUDEAU.
- Monsieur le Professeur Agrégé BUGE.
- Monsieur le Professeur Agrégé MARTIN.
- Monsieur le Professeur Agrégé MICHAUX.
- Monsieur le Professeur Agrégé DUCHE.
- Monsieur le Professeur Agrégé DUCAS.

A mes Maîtres d'Interne :

A Monsieur LECOMTE.

Il m'enseigna la rigueur du diagnostic psychiatrique.

A Monsieur GRASSET.

En m'accueillant à l'Infirmerie Psychiatrique, il me fit découvrir l'importance et l'intérêt du côté Médico-Légal de la Psychiatrie.

A Monsieur DAUMEZON.

Puissent son bon sens tranquille, son goût du travail et son esprit ouvert à tout problème nouveau, marquer mon séjour à Henri-Rousselle.

A Monsieur le Professeur Agrégé SCHERRER.

Au sein de son unité de Physiologie il me révèla, avec beaucoup de finesse, les joies de l'enseignement et du partage des connaissances.

A Mon Ami le Docteur MEHDAOUI M'BAREK.

Il sut en son Hôpital Psychiatrique de Casablanca, avec beaucoup de gentillesse amicale, s'attacher un breton exilé. Il me permit de réaliser ce travail.

- PLAN DE L'OUVRAGE -

I - INTRODUCTION :

- Lieu d'Etude
- Difficultés d'abord :
  - propres à toutes les T.S.
  - propres au Maroc.

II - FACTEURS INDIVIDUELS DE LA T.S.

- Sexe.
- Age.
- Profession.

Facteurs Familiaux et Sociaux.

- Rôle des Ainés - Fratrie.
- Foyer familial.
- Répartition géographique.
- Autres facteurs sociopathiques.

T.S. elle-même.

- Agent.
- Circonstances de la T.S.

III - PERSPECTIVES PSYCHOLOGIQUES

- Motivations apparentes
- Signification de la T.S.

- Motivations profondes :
  - conflit - Groupe - Individu
  - Conflit - Individu lui-même
- Eléments de la Personnalité favorisant la T.S. - Diagnostic Psychiatrique
- Effets de la T.S.
- Attitude de la Société face à la T.S.

IV - CONSIDERATIONS FINALES.

V - CONCLUSIONS.

VI - BIBLIOGRAPHIE.

oOo

I N T R O D U C T I O N

Lors d'un long séjour au Maroc, la présence et la croissance des tentatives d'autolyse, hospitalisées en service de réanimation*, nous a fait nous poser cette question.

Le suicide était-il vraiment un "phénomène de tous temps et de tous lieux", un fait de normalité sociale. Tel est le sujet, original, que nous nous proposons d'aborder, ceci, dans le cadre d'un grand centre Marocain, CASABLANCA.

Il nous faut avant tout remercier ces bons amis, les Docteurs Mehdaoui M'BAREK**, qui me facilita ce travail, DEZOTEUX H. et VINCENEUX Ph. qui m'accueillirent dans leur service de réanimation.

Les cas étudiés ont été relevés sur l'année 68-69. Il s'agit de tentatives de suicide ; les sujets ont été hospitalisés au décours de leur geste et traités médicalement. Les actes traumatiques et chirurgicaux, les suicides accomplis ne sont pas retenus.

Dans ce dernier cas et dans le cadre de notre travail, cette distinction paraît assez vaine, puisque seul nous intéresse le geste suicidaire, sa réussite ou son échec dépendant de facteurs qualitatifs et quantitatifs secondaires et contingents.

Nous nous sommes attachés, avant tout à comprendre cet engagement et cette entreprise, le plus souvent inconsciente, que constitue la tentative d'autolyse en milieu marocain.

---

* Hôpital Averroès CASABLANCA - Service de Réanimation et Urgences Médicales. Dr. DEZOTEUX - Dr. KOUHEN.

** Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique d'EL. HAMK.

Les difficultés d'abord ne venaient pas de cette distinction mais, du fait qu'il fallait approcher ces phénomènes universels que constituent la mort et l'angoisse et, le cas particulier de la tentative d'autolyse en comparaison d'institutions familiales et sociales.

Celles-ci sont différentes des nôtres, la tradition, les croyances et idéaux moraux ne sont pas les mêmes. Pour essayer d'aborder ce problème, le recours aux statistiques nous est apparu nécessaire ; ceci explique et, aussi, justifie les courbes et tableaux de ce texte.

Mais la nécessité de sortir de leur cadre rassurant et sécurisant vite s'est imposé ; notre séméiologie, notre nosographie se trouvaient souvent mises en doute. Restait alors, dans un deuxième temps, une voie d'abord socio-psychologique beaucoup plus riche qui nous faisait plonger dans la tradition. Ceci n'était pas sans danger la tentative de faire un travail anecdotique, sous cadre unitaire, nous menaçait.

Nous avons, cependant, dépassé les limites étroites et serviles de la statistique et s'attachant à découvrir l'influence du milieu environnant, des moeurs, et de l'histoire, nous avons essayé de comprendre ce phénomène nouveau que constitue le suicide en milieu marocain.

Beaucoup plus qu'en France, il nous es apparu que l'Individu, à conduite suicidaire, ne pouvait et ne devait être considéré qu'en fonction de son groupe.

Outre la compréhension des rapports de cet individu avec sa collectivité, il nous fallait voir ces sujets dans un service de Réanimation et d'urgence. Il se trouvait, là, séparé de son cadre de vie, d'abord difficile. Un autre obstacle, la langue, nécessita la présence d'un interprête, certes, celui-ci, par ses origines nous facilitait la relation, en tant que représentant du milieu d'origine ; il aidait par son existence l'expression du sujet, et se substituait au groupe. Malgré cela, une impression de blocage se faisait très vite sentir, soit sous forme d'une dépendance massive, soit sous forme d'une absence complète de transfert. De plus, du fait de l'interprète, l'absence de discussion libre était un danger. Notre propre curiosité et nos intérêts avaient tendance à nous entraîner à formuler toujours les mêmes questions, dans les mêmes termes et, de ce fait, à créer un entretien directif.

Ce, d'autant plus que nos sujets se révèlaient bien souvent ignorant de l'introspection aussi bien que de la verbalisation de ce qu'ils éprouvaient ; ils nous livraient qu'avec difficulté un récit circonstancié et détaillé des situations vécues.

Restait une dernière difficulté à contourner ; celle-ci générale, celle du halo dont est entourée toute consultation psychiatrique, tant par les médecins des services de réanimation que par les suicidés et leurs familles. Les uns et les autres vivent de façon différente ces tentatives, mais leurs avis le plus souvent se rejoignent, quant au sujet de la sortie du patient, considéré alors comme tel, qui doit être rapide. Mes amis DEZOTEUX H. et VINCENEUX Ch. et les nombreux infirmiers de ce service d'urgence nous aidèrent grandement à aplanir toutes ces embûches, communes à toutes les tentatives de suicide et particulières au Maroc, et à entreprendre ce travail.

Celui-ci comprend 2 parties distinctes. Dans la première nous nous sommes attachés au niveau de la tentative d'autolyse elle-même, à rechercher les facteurs individuels, familiaux et sociaux favorisant. Dans un deuxième temps nous avons essayé d'approcher les perspectives psychologiques du geste suicidaire dans un grand centre marocain, en plein remaniement, baigné par sa tradition, et tourné vers son avenir.

- FACTEURS INDIVIDUELS DE LA T.S.

Nous nous sommes pour cette première partie attachés à situer le candidat à la tentative de suicide **en tant qu'individu**, pour ensuite le placer au sein de son groupe familial et social. Dans un deuxième temps, c'est la tentative elle-même, son agent et ses circonstances qui ont retenu notre attention.

Ce premier travail se révèla sinon fastidieux, du moins facile, les statistiques nous aidèrent. Ceci nous permit d'ébaucher un contact avec un sujet, très fréquemment, initialement réticent. Ce passage à l'acte s'avère, dès le premier abord, affaire du groupe beaucoup plus que du psychiatre.

Nous faisons préciser lors de notre entretien le sexe, l'âge, la profession de notre sujet, puis sa situation familiale.

Le sexe : nos 324 cas se répartissent ainsi :

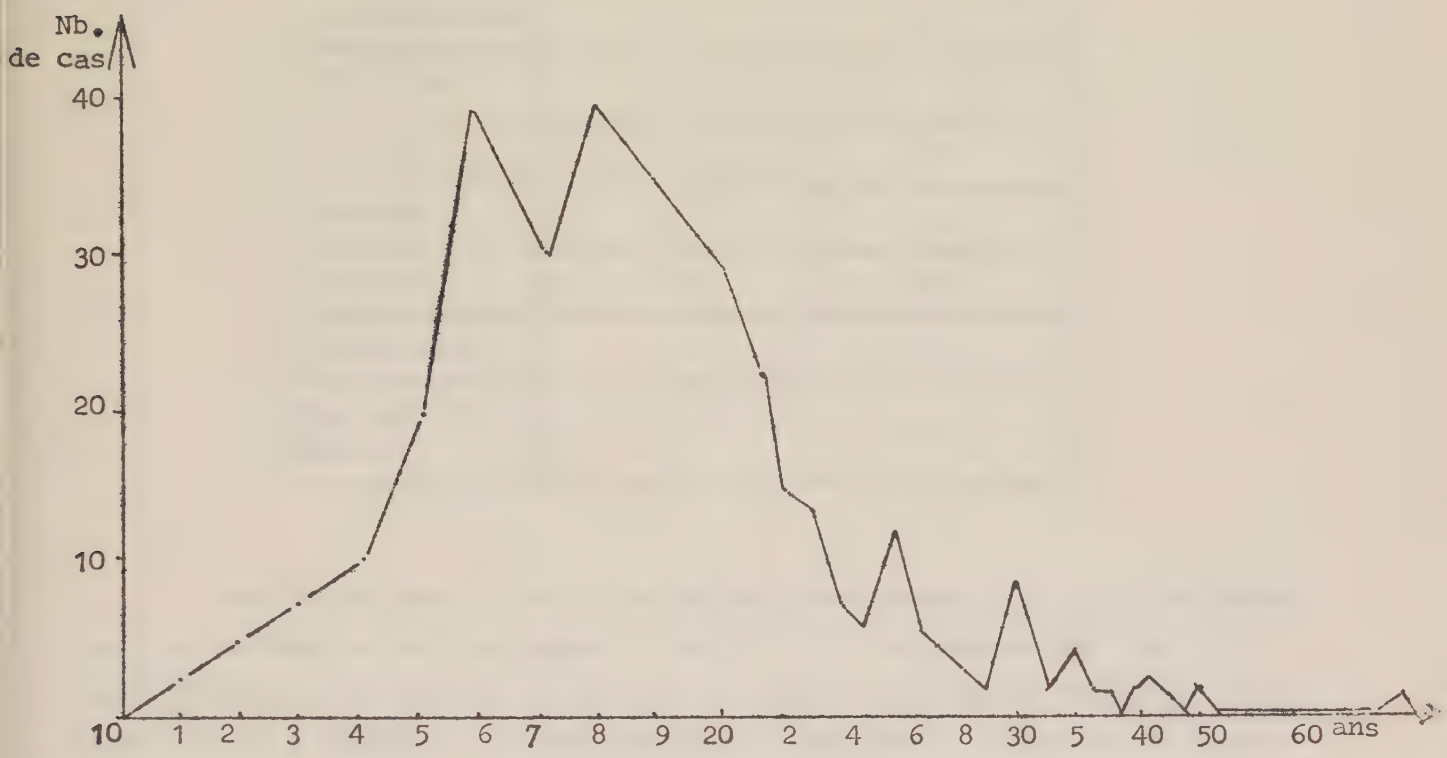
Sexe masculin	97
Sexe féminin	227

- Sexe

La plus grande proportion de femmes s'explique d'une part du fait que nos cas étaient recueillis dans un service d'urgences médicales : les hommes préfèrent employer des moyens plus violents. D'autre part et surtout par le fait d'émancipation spectaculaire de la femme. Celle-ci, dans une grande

ville comme Casablanca, sort de l'état de servitude et de claustration où elle croupissait, pour s'instruire et participer de plus en plus à la vie Publique. Cette émancipation, une éducation morale plus libre et plus flottante sont source de frustration et de conduites suicidaires. Nous y reviendrons.

L'âge : Plus que l'adolescence, citée comme stade critique par les travaux européens sur la conduite suicidaire, il faut parler ici de maturité psycho-physiologique. Cette dernière est précoce.



- Age

Le sujet se détache, ou plutôt essaie de sortir, du milieu familial très tôt, il a conscience très rapidement de son individualité au sein de la collectivité et se sent engagé dans des relations inter-personnelles, la conduite a une signification de prise de conscience de la notion de responsabilité.

La profession se répartissait de façon très différente selon le sexe.

Profession	Mascul.	Fémin.
Sans	24	92
Scolaire	18	43
Etudiant	6	12
Employé	11	19
Fonctionnaire	7	27
Militaire	11	
Ouvrier	14	3
Blédard	2	2
Artisan	3	15
Commerçant	1	
Employée de maison		15

Dans ce tableau, 2 faits ont retenu notre attention ; 25 % des hommes sont au chômage du fait du manque d'emploi. Chez les femmes, sur les 45 %, sans travail, si certaines le sont par raison sociale ou par manque de scolarisation, pour beaucoup, il faut invoquer, avant tout, la coutume de claustration et de servitude, dans laquelle est maintenue la femme.

Pour la partie, "active", de nos cas, la promotion culturelle au niveau de larges couches de la population, l'éducation nouvelle sont facteurs d'anxiété pathologique, du fait d'une culture insuffisamment ou superficiellement appréhendée. Pour beaucoup, les explications traditionnelles perdent de leur force à la fois rassurante et bienfaisante. Des adolescents instruits et occidentalisés se heurtent à des parents moins cultivés, tributaires de structures traditionnelles.

L'étreinte de l'environnement devient moins intense et cette perte de tutelle est perçue de façcn souvent écrasante. Les aspirations et les

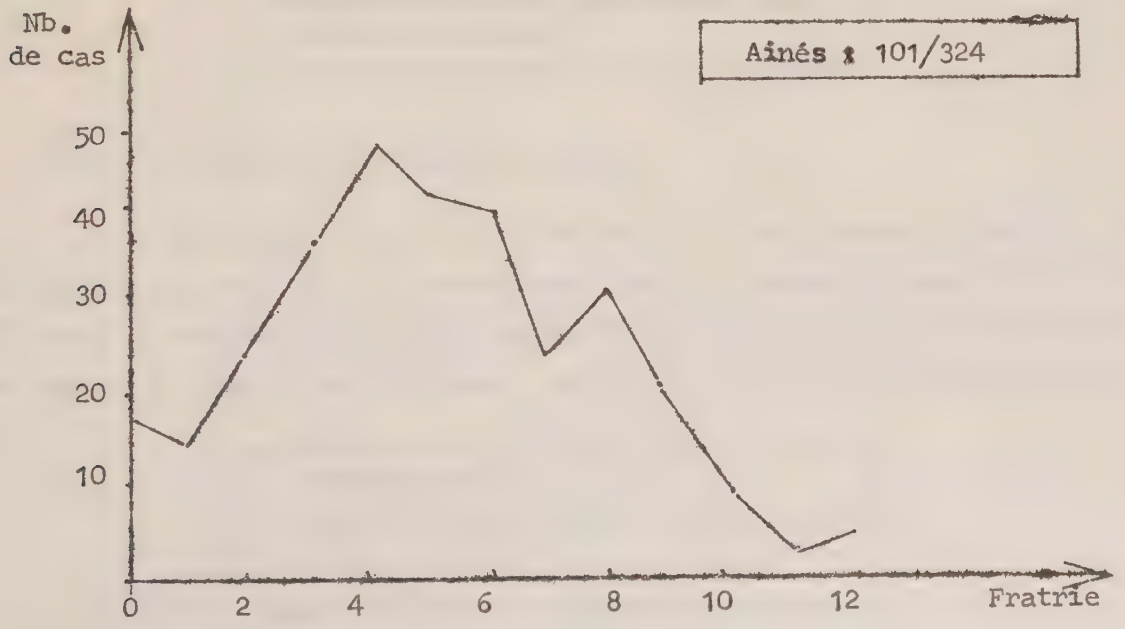
exigences sont majorées, les insuffisances sont ressenties de façon beaucoup plus aiguës et frustrantes. Là aussi la prise de conscience, de la responsabilité et de l'autonomie permettent la réalisation de gestes suicidaires. L'individu ressent de façon angoissante son individualité au sein du groupe ; ce sentiment d'autonomie est une révélation parallèle à celui de la mort propre. Bien souvent, d'ailleurs, l'émancipation revendiquée l'est souvent de façon beaucoup plus apparente que réelle.

- FACTEURS FAMILIAUX ET SOCIAUX

Dès cette première approche de notre candidat suicidaire, s'impose la notion primordiale de relation Individu - Groupe. Beaucoup plus qu'en Europe, le groupe apparaît solidaire de l'Individu,, lui imposant une façade, mais aussi le mettant en cause par solidarité.

Tous ces facteurs ne peuvent se comprendre qu'en fonction de la cellule familiale.

Au niveau de la fratrie, la position d'aîné, nous apparaît vite comme celle plus facilement exposée ; les sentiments de rejet du groupe y sont plus sensibles, ainsi que la notion d'autonomie et de responsabilité. L'aîné doit souvent se sacrifier pour les plus jeunes d'autant plus que la fratrie nombreuse est la règle.



- Nb. d'enfants en plus de notre sujet

Beaucoup refusent cette position de responsabilité du groupe après le Père, soit parallèlement à lui du fait de leur réussite sociale. Ils prennent alors le risque d'une vie à l'écart.

Du fait du sentiment d'appartenence au groupe beaucoup plus développé en milieu marocain qu'Européen, cette mise à l'écart, cette opposition à la famille est source d'angoisse. L'Individu, seul isolé, ne peut exister à la suite de la modification de son mode relationnel. La relation ayant valeur d'existence et de force dans son actualité.

Les dispositions de culture et de niveau socio-professionnel nous apparurent dans le tableau :

Sans	59
Blédard	2
Artisan	10
Employé	39
Ouvrier	19
Fonctionnaire	20
Commerçant	31
Cadre supérieur	1

- Profession du Père lorsqu'il existe.

Ce tableau représente la profession du Père lorsqu'il existe : comme en Europe, on retrouve un pourcentage élevé de carence paternelle (par décès, divorce) ou encore 50 cas d'absence de foyer, du fait de transplantation. A ce sujet, le lieu d'origine de nos sujets se répartit de la façon suivante :

Originaire de CASABLANCA	233
Autres villes du Maroc	57
Bled	25

- Lieu d'origine.

Facteurs particuliers, à signaler car rencontrés à plusieurs reprises, l'existence dans le même foyer de 2 Mères la bigamie étant tolérée et surtout la coexistence sous le même toit d'une famille composée de Mari, Père, Belle-Mère, Beau-Frères, Belle-Soeurs, Oncles et Tantes.

Quant à la situation matrimoniale de nos candidats, il faut la situer en fonction de l'âge de ceux-ci.

Mariés	87
Divorcés	17
Célibataires	220

- Situation matrimoniale.

Pour les femmes mariées, au nombre de 76 ; 41 mariages sont réalisés et décidés par la famille, ceci à un âge très précoce.

Si la loi autorise ces transactions, très souvent financières, de mariage, s'appuyant sur la religion musulmane, valeur traditionnelle et respectée, elle interdit le suicide. Les aspirations religieuses de nos cas se répartissent ainsi :

Ne pratiquent pas	39
Trop jeune pour pratiquer	26
Pratiquent le Ramadan	234
Ramadan + Prières	25

- Aspirations religieuses de nos candidats.

Nous y reviendrons au sujet de la culpabilité lors de l'étude de l'effet de la tentative d'autolyse.

Nous avons vu les facteurs propres à l'individu, indissociables de son groupe familial. Un autre élément sociopathique nous est apparu primordial, le contact avec les Européens et l'adaptation à une nouvelle civilisation. Si les moyens de transport, les immeubles, les vêtements sont copiés sur les Européens, à l'intérieur de la maison la vie change beaucoup plus progressivement, les ustensiles de cuisine, les bases de l'alimentation, les meubles restent traditionnels. Un point qui nous a paru important, l'habillement des femmes nous a retenu. Nos suicidées portent alternativement aussi bien la djellaba. le Kaffetan et le voile de leur Mère que la mini-jupe, critère de la mode européenne lors de l'année 1969 : ces changements de tenue, sont si on les approche, source de découverte ; le corps est vécu comme nouveau, certes parce qu'il s'agit pour la plupart d'adolescents, mais surtout du fait de son développement dans un espace différent.

Cet état s'accompagne d'un sentiment d'inconnu de soi-même pouvant s'extérioriser à l'extrême par des troubles du schéma corporel. Cette peste d'identité corporelle rejoint la peste d'identité psychique secondaire à l'émancipation. L'une et l'autre sont sources d'autonomie et d'angoisse.

Après ce premier approche, nous avons retenu de nombreux facteurs individuels et collectifs. Pour les résumer nous citerons l'exemple le plus fréquemment rencontré, celui vu le 13 avril 1969 : Maïma bent Mohamed est une jeune femme âgée de 20 ans, elle est l'aînée d'une fratrie de 5 ; originaire ainsi que sa famille de Casablanca, elle y a été scolarisée jusqu'à l'âge de 12 ans, son Père est chauffeur de taxi, dans une grosse société, sa Mère ne travaille pas.

A l'âge de 15 ans, ses Parents l'ont mariée. Le Mari est fonctionnaire comptable, elle, ne travaille pas. Avec leur fils de 3 ans, ils vivent dans la famille du Mari, également aîné de sa fratrie. Sous le même toit cohabitent son Beau-Père, sans emploi, sa Belle-Mère, 4 Frères, 2 Soeurs, et une Tante du Mari.

Ce dernier subvient aux besoins de tous. Maïma passe sa journée en compagnie des femmes, en tenue traditionnelle, à faire de la couture et à tenir le ménage. C'est dans un tel climat familial et social, que se situe sa première tentative de suicide. A la suite d'une altercation avec sa Belle-Mère, au sujet d'une location d'appartement, qu'ils envisagent de prendre avec son Mari, elle avale de façon impulsive, 2 cuillérées à soupe de D.D.T.

Nous retenons dans ce cas fréquent, la notion de jeune âge, d'une femme, aînée de sa fratrie, mariée par sa famille, et Mère de famille. Avec son Mari, elle se sent autonome et responsable. L'un et l'autre désirent une vie à l'écart du groupe traditionnel, jugé étouffant, et dont ils veulent désérer la tutelle. Ce sentiment d'individualité par rapport à l'environnement est une révélation parallèle à celui du sentiment de la mort propre. Comment va-t-elle réaliser celle-ci ? C'est que nous allons étudier au niveau de la T.S., elle-même : son agent et ses circonstances.

- LA TENTATIVE DE SUICIDE ELLE-MEME

Son Agent : Nos cas recueillis sont ceux de tentatives d'autolyse par ingestions. Les statistiques ne portent que sur des cas d'intoxication laissant de côté les moyens sanglants d'auto-destruction.

Nous avons noté les agents suivants :

Insecticides	150
Médicaments	123
HCl.	7
Chaux vive	6
Eau de Javel	20
Raticide	3
Cresyl	3
Divers	5

- Agent de la T.S.

Ce que nous retenons avant tout, c'est la prédominance de produits ménagers usuels et trouvés sur place. Le produit ingéré l'est en tant que toxique, il n'y a là, selon le cas en Europe, aucune ambiguité éthymologique possible avec la potion bienfaisante qui devient poison.

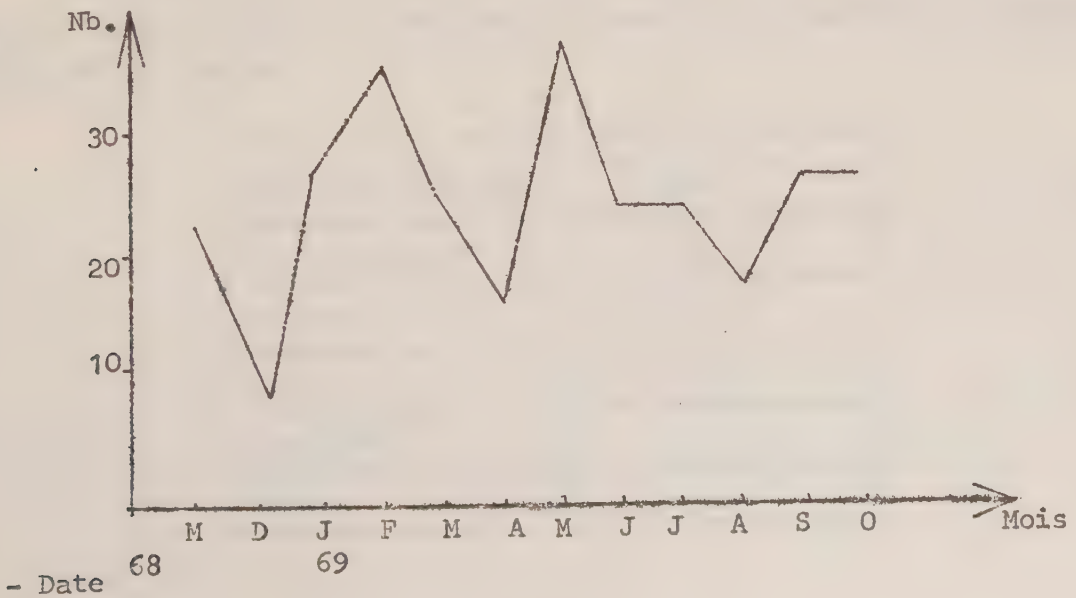
L'artificialité de tenter de séparer après coup, les vrais des faux suicides s'impose ici, il s'agit d'intoxications sévères qui, il y a quelques années, avant la mise en route du centre de réanimation, ultra moderne de Casablanca, décédaient.

A signaler les cas à la chaux vive, qui eurent pour cadre une caserne militaire et se répandirent, par imitation, en quelques mois, telle une épidémie.

Autres agents, les médicaments, essentiellement des dérivés barbituriques. En deuxième position de ceux-ci l'optalidon. Il s'agit, alors, de candidats acculturés, exerçant une profession ; il faut souligner, à ce sujet, la facilité au Maroc, de procuration de médicaments à réputation toxique, sans ordonnance ; la règlementation très large quant aux tableaux y offre une facilité supplémentaire dans le choix de l'arme du crime.

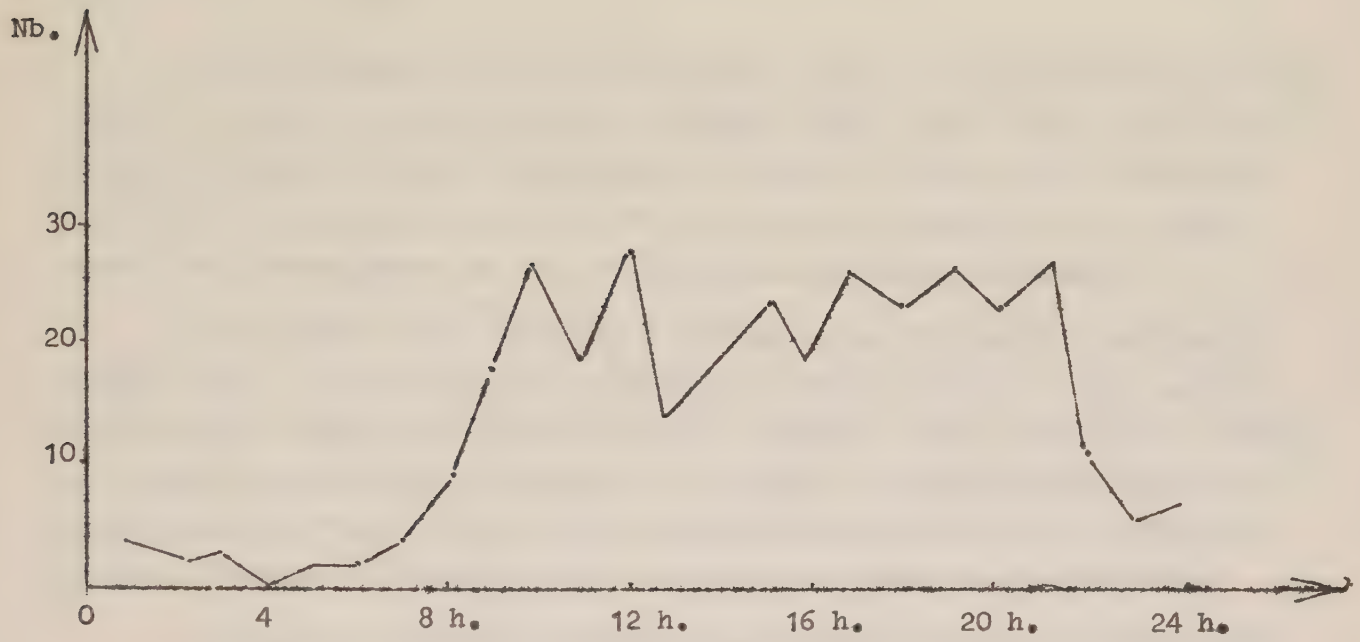
Circonstances de la T.S. : elles furent plus difficiles à préciser. La nécessité d'un interprête ne facilite pas toujours la relation, de plus, les difficultés dues à la réticence initiale sont accrues par une verbalisation incomplète et une absence de notion chronologique rendant toute anamnèse laborieuse.

Notre travail porte sur la Période de novembre 68 à octobre 69. Selon Durkheim, "ce n'est ni en hiver, ni en automne, que le suicide atteint son maximum, mais pendant la belle saison". Nous n'avons pas retrouvé ici cette corrélation.



Sinon qu'en période de jeûne diurne complet, le Ramadan, le taux de suicidés diminue considérablement. Les tentatives en ce mois de décembre 68 ont lieu, après le coucher du soleil, lors de la sirène, au moment de la rupture du jeûne.

Au point de vue heures, elles se répartissent suivant le graphique suivant :



- Heure

Quant au lieu elles ont pour cadre avant tout le domicile familial, comme si cette localisation soulignait le besoin de l'individu de retourner au sein de son groupe.

Domicile familial	266
Lieu Publique	28
Travail	20
Amis	8
Mosquée	1
Hôtel	1

- Lieu.

PERSPECTIVES PSYCHOLOGIQUES

Nous avons dans cette première partie situé nos sujets en tant qu'individus par rapport au groupe. Dans ce deuxième temps, nous allons essayer d'approcher de plus près cette expérience de la mort qui constitue la tentative d'autolyse en milieu marocain. En effet, cette vue générale mise en place, nécessite un dépassement en vue d'atteindre le comportement humain.

C'est alors que se posèrent les principales difficultés, problème de langue certes, de verbalisation, d'anamnèse souvent imprécise, mais aussi de rôle que nous tenons. Nous sommes médecin, Européen, donc étranger aux coutumes, toute confidence a une tonalité d'abandon et d'un certain rejet des traditions. Le rôle du "toubib" est défini de façon précise : les soins du corps. Le Marabout a lui par contre le titre de consultant et confident.

De plus nos questions paraissent parfois difficiles à formuler d'emblée ; elles risquent d'être interprêtées comme déplacées, voire indescentes ou encore agressives et dangereuses.

Il nous fallut vaincre toutes ces résistances et évitant toute spéculation intellectuelle, nous avons essayé de comprendre cette conduite ; ceci, avec un esprit neuf, donc avec certaines notions d'incertitude.

Nous allons initialement étudier les motivations apparentes, les unes propres au Maroc, les autres communes à toutes les tentatives. Puis les dépassant, nous nous sommes attachés aux motivations profondes, essayant de comprendre à ce niveau les conflits Groupe - Individu, Individu lui-même.

Celles-ci, mises en place, nous avons cherché à approcher la signification de la conduite suicidaire ; cette conception propre de l'Idée de mort, nous entraîne à préciser les éléments de la personnalité, au besoin en s'étayant sur le diagnostic psychiatrique, qui favorisent le passage à l'acte.

Laissant notre Individu, nous nous sommes intéressé à son groupe, à l'attitude et aux réactions de celui-ci, face à cette transgression des usages traditionnels.

Espérant avoir cerné le plus près possible, malgré notre esprit neuf, nos cas, nous avons enfin dressé leur bilan en précisant l'effet de la tentative de suicide.

LES MOTIVATIONS APPARENTES

Il faut dans cette approche éviter l'écueil de la hiérarchisation qui conduit à une impasse. Il est certain que dans ces facteurs, tous n'interviennent pas avec la même importance, ou ne font pas intervenir tous les mêmes mécanismes.

De plus l'étude isolée de chaque facteur est artificielle, elle paraît plus anecdotique que spécifique et nous maintient dans un cadre rassurant, à l'écart du suicidaire. Celui-ci fréquemment peut rechercher également cette sécurisation par une rationalisation secondaire qui camoufle la cause véritable.

Ce que nous retenons, avant tout, c'est le caractère brusque et imprévu de l'événement, ces facteurs apparaissent dans le vécu de tout le monde, et ne sont pas pour autant suicidogènes.

Un fait souvent banal apporte une charge émotionnelle supplémentaire favorisant le passage à l'acte auto-agressif qui apparaît, avant tout, comme une fuite devant une situation insécurisante.

Dans les motifs invoqués existent 2 catégories bien distinctes ; ceux communs à toutes les tentatives quelque soit la latitude, et ceux particuliers au Maroc, fonctions des usages et coutumes locales.

Pour les motifs plus en rapport avec les coutumes, il faut retenir les réprimandes des jeunes filles sorties sans autorisation paternelle ou fraternelle. Ensuite, toujours pour celles-ci, la notion de mariage ou de fiançailles décidés par le groupe familial. Autre contrainte, imposée par ce dernier, au niveau de leurs études, celles-ci sont suspendues de façon précoce, pour récupération et réintégration dans un cadre plus traditionnel et fermé. Dans ces trois motifs, il faut voir la soumission réclamée à la femme,

Difficultés scolaires	24
Chômage	20
Echec professionnel	6
Mésentente conjugale	45
Carence affective - Abandon	34
Mésentente familiale (motifs divers)	64
Conflits plus en rapport avec les U.S.	
- Etudes des Filles	6
- Charge des aînés	10
- Sorties des filles	29
- Mariages Fiançaille imposés	25
- Bigamie du Père	3
- Divorce	4
- Conflit de générations (cohabitation)	11
- Honneur familial	6
Viol	2
Grossesse imprévue	4
Toedium vitœ	9
Troubles du jugement	10

- Motifs apparents

maintenue par la tradition dans un état de servitude et de claustration, où elle tend à croupir. La tendance d'émancipation actuelle, confrontée à ce désir, est source d'une frustration intense.

Toujours pour les mêmes, nous avons 11 cas de mésentente avec la belle famille à la suite de cohabitation sous le même toit.

Plus spécifiques aux garçons, sont le refus de charges d'aînés qui doivent sacrifier leur instruction pour aider leur famille où la fratrie nombreuse est de règle, ou encore, doivent faire vivre le groupe de leur travail, chose qui manque fréquemment au chef de famille. Nous avons, dans la première partie signalé le pourcentage élevé d'aîné (101 cas).

La notion de mésentente familiale est fréquemment évoquée. Une raison d'apparence souvent futile, d'opposition à un membre du groupe est la source d'angoisse et entraîne un passage à l'acte impulsif, comme si le fait de contres, de s'opposer à l'environnement se traduisait par une mise à l'écart très mal vécue et assumée.

SIGNIFICATION DE LA T.S.

Dépassant ces motivations apparentes, nous nous sommes alors posé le problème de la signification et la conduite suicidaire.

Ce flirt avec la mort, d'apparition nouvelle dans cette société en voie de développement nous apparaît comme un fait d'individualisation : l'individu compte et veut le faire savoir. Il le fait de manière agressive : Auto-agressivité, certes du fait de la volonté d'auto-destruction personnelle et du détournement sur le sujet lui-même de l'arme du suicide. Mais surtout, très forte charge d'Hétéro-agressivité notée de façon prépondérante dans plus de 80 % de nos cas.

La masse de frustrations de l'individu explose littéralement. Beaucoup plus qu'une fonction de chantage, à la recherche de satisfactions précises, ou de gratifications secondaires, même si leur existence s'impose, nous y voyons un appel. Celui-ci, à l'égard de ceux qui passent sans le voir, se chargent d'une agressivité massive. De plus ce passage à l'acte est également une reconnaissance d'échec de l'individu.

Nous retrouvons là étroitement associés coefficient masochiste et coefficient sadique. Il faut donc retenir cette fonction d'appel avec sentiment de frustration dans la grande majorité de nos cas (80 %).

De façon moins fréquente, l'acte suicidaire correspond à une fuite et traduit une impuissance à faire face à une situation (15 %) qui devient intolérable.

On retrouve presque constamment dans ces utilisations de produits très toxiques un recours au jugement divin, correspondant au "Inch Allah !", fréquemment usité au Maghreb. Dieu en fin de compte est le seul maître du sort, c'est

une référence magique, un événement gratuit peut faire pencher l'issue vers la mort ou la vie : attitude ordalique à laquelle se surajoute un certain ludisme.

L'idée de mort de nos patients nous apparaît comme une réalité floue. Si la vie se situe en fonction d'une notion collective, la mort n'est pas vécue comme décomposante et anéantissante, sentiment très fréquent de notre côté de la Méditerranée ; elle permet avant tout de constater les limites de l'individu, et secondairement est un constat de mortalité du groupe avecses traditions et coutumes. Nous avons déjà précisé que ce sentiment de mort propre est acquis parallèlement au sentiment d'autonomie. Lequel permet d'une part la manipulation de l'idée de suicide, d'autre part le passage à l'acte.

MOTIVATIONS PROFONDES.

Cette constatation de prise de conscience de l'idée de mort prend alors signification très dynamique : l'individu dans cette société en mutation est mortel, donc il vit.

Un peu rassuré par cette explication de la fréquence et de la nouveauté de la tentative d'autolyse en milieu marocain, nous avons ensuite cerné les motivations les plus apparentes mais profondes de ce passage à l'acte.

Pour cela nous avons retenu 2 moteurs principaux : les conflits groupe - individu et individu lui-même.

- Conflit Groupe - Individu

Nous avons précédemment envisagé la forte charge d'hétéro-agressivité que véhiculaient ces actes. Ceux-ci affirment le sujet dans son milieu, ils l'atteignent dans sa personne, mais s'adressent, avant tout, à autrui. Comment se définit ce dernier ?

En milieu nord-africain, le sentiment d'appartenance au groupe est beaucoup plus développé qu'ailleurs. Dans le foyer, le rôle du Père est tout puissant, il apparaît à la fois proche et lointain, familier et mythique. Il est respecté et estimé malgré un interventionnisme souvent abusif. Sa figure d'identification est forte. La famille est hiérarchisée, les ancêtres y occupent une place de choix et sont entourés de déférence. Après le Père, vient l'Aîné, qui, particulièrement en l'absence de celui-ci, doit remplir un rôle d'autorité.

La Mère est vécue de façon très différente, elle est responsable de l'organisation interne du clan familial, son image est beaucoup plus proche ; ses vertus de maîtresse de maison, toujours disponible, se situant après l'homme, se nourrissant de ses restes, sont proposées aux filles comme modèle d'identification, ceci dans un cadre très conservateur.

La famille est comprise comme une valeur que le jeune Marocain, même cultivé, respecte. La critique de celle-ci est rare.

Malgré ce respect et ce sentiment d'appartenence à un clan, les nouvelles structures introduites imposent une remise en question de ces images d'identification. Le clan, de sécurisant devient frustant.

De fortes racines attachent notre candidat suicidaire, à cet objet. Nous avons noté de façon très fréquente cette adhérence à l'environnement traditionnel. Celui-ci apparaît pendant la première enfance, et ceci de façon particulière au Maghreb, à la fois très protecteur, très sécurisant et très tolérant.

Les interdits, sources d'angoisse y sont très rares, le seuil de liberté y est très élevé expliquant le rapide développement psycho-moteur du jeune Nord-Africain.

L'environnement fournit une base compacte non structurée par les systèmes défensifs, mais surtout non fissurée par la frustration. Rapidement, ces fondations solides sont recouvertes de couches superficielles très fragiles. Cette façade est imposée de façon rigide.

Le statut de chacun est fixé ; chacun doit jouer son rôle conforme tel qu'il est défini une fois pour toute. La transgression est catastrophique, car elle menace l'ordre et l'harmonie de la communauté, elle consomme une rupture.

Ce déséquilibre, ainsi créé, met en jeu le salut, non pas du seul candidat, mais de tous. L'angoisse engendrée doit être supportée par l'environnement. Ce personnage, ainsi forgé quant à sa base, modelé, quant à sa façade par un groupe qui lui est solidaire, peut être de ce fait mis en cause par ce dernier. Toute tension vécue par l'un se répercute sur l'autre.

Par absence de défenses intériorisées, cette mise en cause conduit rapidement notre sujet qui transgresse et s'écarte, à l'effondrement. La transgression est une obligation, en effet, l'environnement traditionnel est différent quant aux modes de personnages de ceux proposés par la transformation de la société et l'acquisition de valeurs nouvelles.

Il y a là source de déséquilibre complet entre le moi structurant et le moi structuré visé : l'image proposée est fort différente de l'image reçue, aucune fusion entre elles n'est possible. La position de l'individu devient incertaine, créatrice de désarroi, et d'angoisse dont l'issue est la tentative d'autolyse.

La nouvelle culture est désirée sinon acceptée, malgré son origine, elle vient se juxtaposer à la culture locale originelle qui est celle d'un entourage peu marqué par l'empreinte occidentale. L'individu a conscience de la nécessité d'un démentèlement des modes culturels et archaïques qui, hier encore, étaient des représentations collectives et assuraient la stabilité et la cohésion du groupe.

Cette nécessité est ressentie de façon narcissique comme une perte d'objet ; il faut remettre en question les valeurs ancestrales, apparaissant brusquement caduques ; il faut y renoncer, les désinvestir au profit d'autres valeurs. Cette mise en question se fait également de façon parallèle à la découverte d'autonomie.

La perception du monde nouveau, l'absence de modèle d'identification entraîne une création par expérience, très insécurisante et source d'inquiétudes. Il n'y a ni passé, ni futur, "seul le présent existe". Ce désir d'innover est contrebalancé par un égal besoin de rester fidèle au groupe. Toute séparation est vécue comme un abandon, un sentiment de ne pouvoir plus s'étayer sur un environnement dont on a ébranlé les fondations, en mettant en cause la loi de l'Ancêtre, gardien respecté de la tradition et en se posant en rival à son égard.

- Conflit Individu lui-même

Cette dualité permanente Primauté du groupe, Primauté de l'individu s'accompagne d'un autre conflit, celui de l'Individu avec lui-même.

La remise en question du milieu traditionnel s'associe à une prise de conscience de la nouvelle dimension individuelle. Les tensions entre le sujet et son entourage se rencontrent entre le sujet et lui-même. Le sentiment d'abandon par le groupe se double d'une perte d'estime de soi.

L'identification impossible à la génération précédente, l'absence de modèle, conduisent notre individu à prendre conscience des limites de son pouvoir, face à son idéal de liberté et d'autonomie.

Les tabous ancestraux n'ayant plus leurs valeurs, les idéals parentaux apparaissent inapplicables ; cette prise de conscience entraîne un renoncement narcissique du surmoi infantile, situation certes intolérable, mais qui permet d'établir un nouveau système relationnel avec le monde extérieur.

Les Parents sont vécus comme plus faibles que l'individu. Le besoin de les résituer ne peut se faire qu'avec un sentiment de nouvelle soumission donc de régression. L'idéal du moi se confronte avec la réalité, le besoin de valeurs nouvelles et de nouveaux objets est source d'investissements et de désinvestissements brusques. Ceci crée une insatisfaction de l'idéal du moi qui se confronte à un Moi appauvri par ses pertes narcissiques.

ELEMENTS DE LA PERSONNALITE FAVORISANT LA T.S.

Ces motivations que nous venons d'aborder qu'elles soient apparentes ou profondes portent en elles une importante charge suicidogène. Bien que variables en degré et en qualité, elles sont communes à de nombreux êtres humains. Tous ne passent pas à l'acte pour autant.

C'est alors que se pose la notion de terrain, de personnalité prédisposée. Nous avons essayé comme dans toute étude sur la conduite suicidaire de classer nos sujets en fonction du diagnostic psychiatrique.

Mais notre séméiologie et notre nosographie se trouvent rapidement mises en doute. De plus, le caractère de notre activité de recensement n'a pas toujours permis de porter un diagnostic précis.

Dans la catégorie des non psychiatriques, il faut voir les sujets pour lesquels on ne peut parler de maladie ; à ce niveau se pose le problème épineux

Non psychiatriques, Etats dépressifs réactionnels	97
Dépression avec troubles névrotiques marqués, dont 51 à structure hystérique pure	127
Troubles caractériels	57
Mélancolie	2
Schizophrénie	6
Délire chronique	2
Troubles caractériels et épilepsie	6
Arriération affective - Débilité.	15

- Diagnostics psychiatriques.

du normal et du pathologique. Le désir de faire du suicide une monomanie ne nous apparaît nullement convaincant, ceci, selon l'ancienne théorie d'Esquirol que "l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire et que les suicidés sont des aliénés". Pour cette première catégorie, le passage à l'acte est réactionnel à une situation pénible.

Pour ce qui est des névroses, les femmes se révèlent beaucoup plus nombreuses, l'aspect hystérique est le plus fréquemment rencontré. Pour les hommes, il s'agit avant tout de névroses de caractère.

Les Interdits nous avons vu apparaissent très tardivement, ceci explique la prévalence des formes hystériques. La frustration se fait sentir tardivement au stade de relation d'objet total et différencié.

En réaction, la somatisation est majeure, celle-ci d'ailleurs masque en grande partie la thymie dépressive - toute anxiété s'accompagne d'agitation

psychomotrice intense, "la crise", spectaculaire pour nous seuls européens. Les troubles végétatifs sont très importants. Ces extériorisations révèlent le conflit inconscient qui ne peut être verbalisé.

De plus, facteur surajouté, l'utilisation à hautes doses de la boisson nationale le thé à la menthe, majore cette symptomatologie. Les pulsations douloureuses de l'épigastre, souvent palpables, associées à des spasmes gastriques et un éréthisme cardiaque perçu au niveau de l'aorte abdominale, sont très courantes.

Le versant caractériel est beaucoup plus fréquent chez les hommes, on retient la notion d'impulsivité, avec tendance archaïque de passage, pour un motif futile, à l'acte, on retrouve cette notion dans toutes nos tentatives.

Acte prémédité	53
Acte impulsif	274

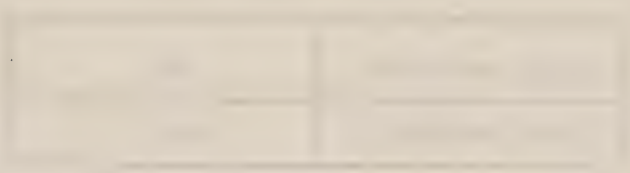
- Impulsivité.

Cette impulsivité explique le manque d'élaboration et de préparation des faits.

Si dans les antécédents de nos personnalités on retrouve rarement une tentative antérieure (39 cas sur 324), ou même l'idée antérieure du désir de mort. Par contre, on note de façon fréquente l'existence de fugues chez les hommes (52 cas). Celles-ci apparaissent comme un équivalent suicidaire, un désir d'oubli d'une situation pénible, ainsi que les nouvelles conduites toxicomaniaques à l'alcool ou à l'imménoctal.

A ces traits impulsifs s'ajoutent fréquemment des traits sensitifs avec hypersensibilité réactionnelle et idées de persécution.

La somatisation avec idée de persécution prend la place de l'auto-accusation. Le diagnostic de mélancolie est rarement porté dans le cadre de notre étude et, plus généralement, dans le service de psychiatrie où nous travaillons à cette époque.



Cette absence de sentiment de culpabilité, d'indignité et de dévalorisation est en rapport avec l'extériorisation facile des états d'âme et la facilité de réagir par une "crise" névropathique à une frustration.

Nous avons vu que la haine et le sadisme dirigé vers le moi du malade était pour ainsi dire masqué par la forte charge d'hétéro-agressivité. Le peu d'organisation des défenses, explique également la très grande rareté des traits obsessionnels rencontrés lors de ce travail. De même, l'importance apporté à l'homme âgé, à l'ancêtre, rend inexistantes, les dépressions d'involution, en milieu marocain.

- EFFETS DE LA T.S.

Nous avons vu que la somatisation masquait et remplaçait la thymie dépressive, il n'existe d'ailleurs pas d'équivalent arabe du mot dépression. Au décours de leur acte, nos sujets sont très rarement déprimés, et très peu nombreux sont ceux dont l'état nécessite une hospitalisation en milieu spécialisé.

Il faut voir là, l'absence d'organisation de défenses. Celle-ci facilite le mouvement inverse vers une guérison rapide du fait de la mobilité des investissements et l'absence d'enlisement.

Le sentiment de culpabilité, malgré les interdits coraniques, est très rarement retrouvé (55 cas). Ceci met bien en évidence que tout ce qui arrive à l'individu vient de l'extérieur. L'évolution ne peut se faire qu'en fonction de celui-ci. La tentative de suicide est un accident individuel qui reçoit sous forme thérapeutique traditionnelle une solution sociale. La réintégration au groupe avec réajustement du personnage et renforcement de la cohérence de l'environnement.

Au niveau de l'individu, elle a une fonction structurante, compromis entre l'hétéro et l'auto-agressivité, elle désamorce l'angoisse et joue un rôle capital dans la mise en place d'un moi adulte.

- ATTITUDE DE LA SOCIETE

Après avoir tenté d'approcher les motivations apparentes et profondes en fonction de la personnalité de notre sujet, il nous reste un dernier point. Nous avons vu que le suicide atteint l'individu dans une collectivité, et après avoir situé les rapports qui le lient à celle-ci, il nous faut maintenant préciser les réactions de l'environnement à son geste.

Le suicidant quelque soit sa latitude apparaît bien souvent comme un deviant, un trouble fête qui manque de tact. L'acte apparaît à tous, aussi bien à son auteur qu'à l'entourage comme une chose anormale, même s'il semble être une suite logique aux circonstances.

Ce qui nous frappe, c'est la grande tolérance du groupe, celui-ci bien que mis en cause n'a aucune attitude de rejet ou de culpabilité par l'acte commis. Bien qu'ébranlé du fait de la solidarité qui le lie à l'individu, le groupe est pressé de récupérer à son sein celui qui a menacé l'équilibre de l'ensemble.

Cette attitude explique les réticences enregistrées vis-à-vis d'une consultation psychiatrique. La solution thérapeutique ne peut être que traditionnelle, venant du groupe et non pas d'un médecin. Tout tête à tête en ce cas est difficile, voire déplacé. Tout doit être règlé au vu et au su de l'intéressé par sa famille.

CONSIDERATIONS FINALES

En introduisant ce travail, nous nous sommes posés la question : "suicide phénomène de tous temps - Phénomène de tous lieux ?"

L'approche, malgré de nombreuses difficultés propres au Maroc, propres à tout acte auto-agressif, de ces 324 tentatives, recueillies au cours d'une année, dans un centre de réanimation du Maroc, au sein d'une ville à la croisée de la tradition et de l'influence occidentale, espère nous avoir permis d'y répondre.

L'apparition de réponses mentales spécifiques, délinquance, alcoolisme, et dépression lors de l'installation d'une civilisation autre, européenne en particulier, sur une culture plus traditionnelle nous apparaît certaine.

Il faut donner une place spéciale à la tentative d'autolyse. Nous avons retenu dans ces actes recueillis en milieu médical, la prépondérance de sujets très jeunes, au stade de maturation psycho-physiologique et avant tout du sexe féminin. La position de femme, initialement maintenue en état de servitude, à ce stade d'émancipation intense est angoissante et source de multiples frustrations.

Nos candidats se recrutent au sein d'un ensemble qui appartient aux couches sociales nouvellement engagées dans la modernisation du Pays. De ce fait, ils ont sentiment de leur autonomie. Cette notion de responsabilité, se doublant fréquemment d'une charge d'aîné, s'installe de façon parallèle à la manipulation de l'idée de mort.

Le passage à l'acte se fait de façon impulsive, le plus souvent à l'aide d'un produit toxique ménager aux réputations, quelqu'en soit la dose, d'être toxiques (insecticide le plus souvent).

Notre individu autonome et responsable est engagé dans la mise en place d'une nouvelle société. Mais cette responsabilité du fait de liens profonds et spéciaux à l'Afrique du Nord qui l'enchaînent à un groupe traditionnel, le met en position de rivalité avec l'ancêtre. Il ne peut trouver en lui un modèle d'identification.

La tolérance du groupe pendant l'enfance, l'absence de mécanismes de défense, installés de façon tardive, expliquent la rareté des sentiments de culpabilité, et d'auto-accusation et de dévalorisation. Les personnalités rencontrées sont celles de névroses de type hystéroïde pour la femme, de type caractériel pour l'homme.

L'Individu, à la suite d'un motif souvent futile mais très fréquemment en rapport avec les coutumes sociales, se trouve confronté à son environnement. Ce dernier sur une base stable lui impose de façon rigide, une façade fragile, confronté à son groupe et à lui-même, ayant pris conscience de son autonomie personnelle, notre sujet résout son angoisse dans un passage à l'acte, fortement chargé d'hétéro-agressivité.

Le passage désamorce l'angoisse et permet au groupe très tolérant et un moment ébranlé, de trouver une solution traditionnelle ou récupérant le sujet. L'absence de défense, la possibilité de nouveaux investissements évitent tout enlisement dépressif.

La dépression, ("rançon inévitable" de la civilisation ?) est un facteur également nécessaire et presque souhaitable, en contrepartie du progrès économique, social et culturel. Selon Durkheim "l'augmentation du taux de suicide signe un mauvais état du groupe". Pour nous, cette conduite, nouvelle en milieu marocain, nous apparaît sous un angle très dynamique, voire structurant. C'est une prise de conscience de l'Individu qui découvre ce qu'il est, ce qu'il devient.

L'idée de mort n'est alors qu'un reflet du désir de vivre, du besoin d'assumer son vécu et ses positions dans une société nouvelle aux fondements solidement ancrés dans la tradition.

Ce travail, est certes approximatif. Nous ne devons pas nous faire d'illusion quant à la qualité de l'information livrée. Nous souhaitons cependant qu'il apportera quelques connaissances dans cette réponse spécifique que constitue la tentative d'autolyse au Maroc. Ceci, en vue d'aider sa prévention ou au moins sa réduction, car, selon Freud, "tolérer la vie est le premier devoir de tous les êtres humains.

C O N C L U S I O N S

Ces 324 cas ont été recueillis sur une année : de novembre 68 à décembre 69, ceci au centre de Réanimation médicale de Casablanca.

On y retient la prépondérance de tentatives d'autolyse chez des sujets très jeunes, appartenant pour la majorité au sexe féminin.

Ceux-ci appartiennent aux couches sociales engagées dans la modernisation du Pays.

La prise de conscience de leur autonomie et de leur responsabilité entraîne une remise en cause de la tradition et des coutumes ancestrales.

Ce conflit est source d'angoisse et, pour un motif d'apparence souvent futile, mais, très souvent en rapport avec la tradition, ils se trouvent confrontés au groupe et à eux-mêmes.

Ces tensions se révolvent par un passage à l'acte, impulsif et autoagressif, dirigé contre l'environnement : ceci à l'aide de Produits toxiques à usage ménager où les insecticides tiennent une place prépondérante.

La tentative désamorce l'angoisse et permet au groupe très tolérant de trouver une solution traditionnelle à ces conflits créés par la civilisation.

L'absence de défense chez ces personnalités de type névrotique, à composante hystérique chez la femme, de caractère chez l'homme, évite tout enlisement dépressif.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Professeur J. CAMBIER

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur BAUMANN

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

- Annales Médico Psychologiques - 1967.
  - Tm_2
  - n° 2.

- J.C. BENOIT. -
  Aspect psychopathologique du traitement des malades suicidaires hospitalisés.
  La Semaine des Hôpitaux. 1968. n° 70.

- BRISSET F. -
  Propos sur la mentalité des musulmans Nord-Africains.
  Ann. Médico Psychologique 1959.

- BLANC M., BOURGEOIS M. -
  La tentative de suicide. Aspects actuels à propos de 500 observations.
  Société Médico-Psychologique. 1966. T_1 - n° 4.

- CAMILLERI C. -
  Rapports Familiaux du jeune tunisien de culture occidentale.
  Enfance 1962.

- CHOFFOF F. -
  AIT-BAHA. Etude de santé Publique dans un village marocain.
  Psychopathologie Africaine. 1968. Vol. 4. n° 3.

- COLLOMB. -
  Etats dépressifs en milieu Africain. (DAKAR).
  Information psychiatrique 1962.

- COLLOMB - M.J.H., SIMON D. BARTOI. -
  Action psychiatrique en Afrique -
  Concours Médical 1969.

- COLLOMB. -

Psychopathologie et environnement Familial en Afrique.
Centre Hospitalier de FANN. Service de Neuro-Psychiatrie.
Psychopathologie Africaine. 1968. Vol. 4. n° 2.

- COLLOMB H. -

Psychiatrie Africaine.
Etudes Médicales. 1968.

- DEROTEUX H et VINCENEUX Ph. -

Maroc MEDICAL 1970. - Intoxications aiguës au service de Réanimation.
Hôpital Averroës Casablanca - n° 534 - 50 - 70.

- DESHAIES (G.). -

Psychologie du suicide.
P.U.F. 1947.

- DUCHE D.J. -

T.S. chez l'adolescent et l'enfant. -
Psychiatrie de l'enfant. 1964. Vol. 7 F.

- DURKHEIM E. -

Le suicide.
P.U.F. 1960.

- GERAUD J., MORAU P. -

Problèmes Psychopathologiques posés par la T.S. - A propos de 500 cas recueillis dans un centre de réanimation. Congrès de Psychiatrie de Neurologie de Langue Française.
Marseille 1964. T.

- LE GUERINET. -

La relation en milieu Africain.
1968. Vol. 4. n° 1.

- GORCEIX A., ZIMBOCCO M. -

Etudes sur le suicide.
1968. Ed. Masson.

- GAULTIER. -

Hygiène Mentale 1961.
A propos de 47 cas de T.S. chez les Adolescents.

- GOUREVITCH - KOUPERNIK, SOUBRIER J.C. -

Vers une suicidologie ?
Concours Médical. 1969. n° 15.

- HAIM A. -

Suicide chez les mineurs.
Hygiène Mentale 1964. T_{52}. n° 2.

- HAIM A. -

Suicide d'adolescents.
PAYOT. 1970.

- Information Psychiatrique 1964.

La structure familiale vécue en Guadeloupe à travers les tests projectifs collectifs, appliqués aux enfants et aux adolescents. n° 8.

- KAMMERER Th., L. SINGER, L. GURFEIN. -

Application d'une nouvelle méthode d'analyse mathématique à l'heure des tentatives de suicide. (Société Médico-Psychologique).
Annales Médico-Psychologique 1967. Tm_2. n° 2.

- LACAN J. -

A propos de Psychopathologie Africaine ou d'ailleurs.
Scillicet I. 1968.

- LEMPERIERE T. -

- Revue du Praticien 1962. Vol. 12. n° 31.
  Risque de suicide dans les psychoses.
- Dépressions réactionnelles, d'épuisement, névrotiques.
  Rev. du Prat. + XII n° 31. 1962.

- MARESCHAL P. -

Réflexions sur 20 ans de psychiatrie en Tunisie.
La Raison 1956.

- MEHDAOUI M'BAREK. -

Etude statistique des T.S. à l'Hôpital psychiatrique de Stephan Feld. 1963.
Thèse Médicale, Strasbourg n° 45.

- MEYNARD Laon. -

Le suicide 1966.
P.U.F.
- Suicides en milieu Militaire.
  L'ENCEPHALE 1967. n° 3. CHERTILLOD C.

- MOAMAI. -

L'image du Père en IRAN.
Interprétation 1969.

- MOUREH P. et Coll. -

La tentative de suicide du sujet jeune. (Résultats préliminaires de la technique de différenciation somatique d'Osgord).
Ann. de Médio-psychologique 1966. T. n° 1. et Annales Médico-Psychologiques 1968. T_1. n° 1.

- NICK J. -

Le suicide d'Abandon 1966.
Annales Médico-Psychologiques T_2. n° 1.

- ORTIGUES. -

Complexe d'Oedipe et Acculturation.
65. Thèse Science Humaine. PARIS.

- ORTIGUES M. et Coll. -

Psychologie clinique et psychiatrique en milieu Africain.
Psychopathologie Africaine. 1965. Vol. n° 2.

- PEQUIGNOT. -

328. T.S. observés dans un service de M.G.
Semaine des Hôpitaux. 1965. Vol. 41. n° 51.

- POROT et Collaborateurs. -

Suicide des Adolescents. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française.
Marseille 1966. T.

- POROT et Coll. -

T.S. des Adolescents.
Concours Médical 1966. n° 24.

- QUIDU. -

Signification de la conduite suicidaire.
Cahiers de l'Hôpital Henri Rousselle. 1966. n° 1.

- RAYMANDIS. -

Une enquête psycho-sociale sur la T.S. et son exploitation statistique.
Annales Médico Psy 1965. T. n° 4.

- Le suicide dans la Société Annamite.

Revue Méd. Ext.-Orient. Fév. 1938. P. 78.

- ROLAND J.L. et Coll. -

Considérations psychopathologiques sur les T.S. par intoxication.
MAROC MEDICAL 1964. Vol. 43.

- SCILICET. -

Essai sur la signification de la mort par suicide.
SCILLET J. 1968.

- SUTTER J.M. et Coll. -

Suicide et carence d'Autorité.
Hy. Mentale 1964. n° 6.

- VEDRIMME et L. ROCHE. -

L'intoxication aiguë volontaire. Données statistiques d'après une série de 1.000 cas de l'Assistance clinique auprès du suicidant.
Revue d'Hyg. et Med. Sociale 1967. Tm. 15. n° 4.

- WEIL J. -

Le suicide de l'enfant.
Sem. des Hôp. 1964. Vol. 40. n° 54.

oOo

oOo